FARMACIE COMUNALI RIUNITE

PRESENZIARIO
STRUTTURE RESIDENZIALI

struttura _____

MESE _____ **ANNO** **2020**

DA INSERIRE:

PRESENZA	**P**
ASSENZA PROGRAMMATA	**AP**
ASSENZA NON PROGRAMMATA	**ANP**

NOME E COGNOME	DATA INGRESSO	N. PROTOCOLLO	TIPOLOGIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTALE P	TOTALE AP	TOTALE ANP
X.X.	01/01/2020	XXXXX	MINORENNE SOLO	P	P																																
X.Y.	02/01/202020	ZZZZ	M.S.N.A.																																		

RAGIONI ASSENZA NON PROGRAMMATA _____
_____
_____
_____

Per L'Operatore Economico

_____, lì_____

_____

Tutte le dichiarazioni sopra riportate sono rese sotto la mia personale responsabilità, consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni incorrerò nelle pene stabilite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 del d.p.r. 445/2000; consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 e delle conseguenze previste dall'art. 75 del medesimo d.p.r. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché delle conseguenze amministrative di esclusione dalle gare di cui al d.lgs. 50/16 e dalla normativa vigente in materia.